

全国高等学校“十三五”医学规划教材
(供临床·基础·预防·护理·检验·口腔·药学等专业用)



iCourse · 教材

妇产科学

主编 赵霞 马丁

高等教育出版社

全国高等学校“十三五”医学规划教材
(供临床·基础·预防·护理·检验·口腔·药学等专业用)

 iCourse·教材

妇 产 科 学

Fuchankexue

主 编 赵 霞 马 丁

副 主 编 乔 杰 朱 兰 刘兴会 丁依玲

编 委 (按姓氏拼音排序)

陈爱平 青岛大学

丁依玲 中南大学

冯 玲 华中科技大学

郝 敏 山西医科大学

胡娅莉 南京大学

李 力 广西医科大学

梁志清 陆军军医大学

刘兴会 四川大学

马 丁 华中科技大学

乔 杰 北京大学

辛晓燕 空军军医大学

徐丛剑 复旦大学

杨冬梓 中山大学

赵 霞 四川大学

周 容 四川大学

编写秘书 林小娟 四川大学

王 乔 四川大学

崔满华 吉林大学

樊庆泊 北京协和医学院

郭瑞霞 郑州大学

贺 晶 浙江大学

华克勤 复旦大学

李 力 陆军军医大学

刘继红 中山大学

吕卫国 浙江大学

毛熙光 西南医科大学

郅明蓉 四川大学

邢爱耘 四川大学

杨 炳 遵义医学院

杨兴升 山东大学

郑建华 哈尔滨医科大学

朱 兰 北京协和医学院

高等教育出版社·北京

内容提要

本书由四川大学赵霞教授、华中科技大学马丁院士担任主编,全国 20 余所高等医学院校妇产科学领域专家、教授共同编写完成。全书共 32 章,内容涵盖产科、妇科、计划生育、性医学、妇女保健等基本理论、基础知识和基本技能。针对妇产科学的重点疾病,以最新指南为依据,分别阐述疾病的分类、高危因素及病因、发病机制、病理、临床表现、辅助检查、诊断、鉴别诊断、治疗、预后、预防等。既注重经典学说的阐述,又介绍了国内外相关研究的最新进展,并及时反映当前妇产科学领域的先进技术。本书图文并茂,重点突出,有助于学生更好地理解掌握相关专业知识。采用纸质教材配数字课程的形式出版,数字资源与纸质教材紧密配合,便于学生自主学习。

本书适用于临床、基础、预防、护理、检验、口腔、药学等专业本科学生,也是参加国家执业医师资格考试和住院医师规范化培训的重要用书,还可作为研究生、临床医务人员和科研人员的参考书。

图书在版编目(C I P)数据

妇产科学 / 赵霞, 马丁主编. — 北京 : 高等教育出版社, 2018. 2
全国高等学校“十三五”医学规划教材. 供临床、基础、预防、护理、检验、口腔、药学等专业用
ISBN 978-7-04-048813-5

I. ①妇… II. ①赵… ②马… III. ①妇产科学-高等学校-教材 IV. ①R71

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第020546号

策划编辑 杨 兵 席 雁 责任编辑 杨 兵 封面设计 张 楠 责任印制 耿 轩

出版发行	高等教育出版社	咨询电话	400-810-0598
社 址	北京市西城区德外大街 4 号	网 址	http://www.hep.edu.cn
邮政编码	100120		http://www.hep.com.cn
印 刷	北京鑫海金澳胶印有限公司	网上订购	http://www.landaco.com
开 本	889 mm×1194 mm 1/16		http://www.landaco.com.cn
印 张	23.5	版 次	2018 年 2 月第 1 版
字 数	740 千字	印 次	2018 年 2 月第 1 次印刷
购书热线	010-58581118	定 价	59.80 元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换
版权所有 侵权必究
物 料 号 48813-00

iCourse·数字课程(基础版)

妇产科学

主编 赵霞 马丁

登录方法:

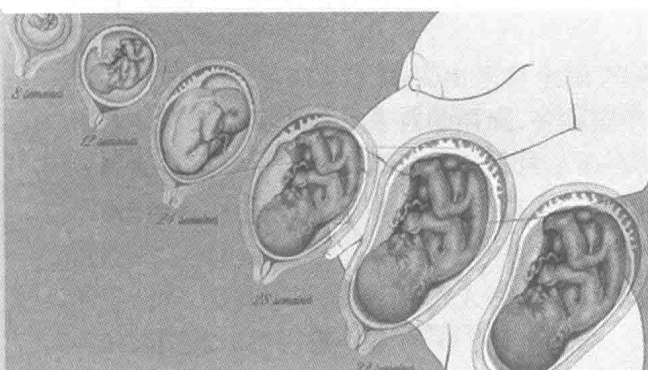
1. 电脑访问 <http://abook.hep.com.cn/48813>, 或手机扫描下方二维码、下载并安装 Abook 应用。
2. 注册并登录, 进入“我的课程”。
3. 输入封底数字课程账号(20 位密码, 刮开涂层可见), 或通过 Abook 应用扫描封底数字课程账号二维码, 完成课程绑定。
4. 点击“进入学习”, 开始本数字课程的学习。

课程绑定后一年为数字课程使用有效期。如有使用问题, 请发邮件至:

medicine@pub.hep.cn



重要通知



妇产科学

妇产科学数字课程与纸质教材一体化设计, 紧密配合。数字课程分自测题、本章小结、典型病例、拓展阅读等资源。充分运用多种形式媒体资源, 极大地丰富了知识的呈现形式, 拓展了教材内容。在提升课程教学效果同时, 为学生学习提供思维与探索的空间。

用户名:

密码:

验证码:

3804 忘记密码?

登录

注册



<http://abook.hep.com.cn/48813>

扫描二维码, 下载 Abook 应用



前言

随着医学日新月异的发展,妇产科学研究的新进展、治疗的新理念、新技术的临床应用,以及基于循证医学和精准医学不断更新的临床诊治规范,鞭策着我们将新的内容注入到《妇产科学》教材中,使教材与时俱进。因此,《妇产科学》教材应运而生。主要供高等医学院校五年制本科生妇产科学教学使用,同时对其他学制的本科生、研究生及青年医生也有重要的参考价值。

本教材重点体现了“三基”(基本理论、基础知识、基本技能)、“五性”(思想性、科学性、先进性、启发性和适用性),尽量将复杂、深奥的知识,用简单易懂的文字或图表表述出来,图文并茂,便于学生学习和掌握。本书亮点之一,是用色彩鲜明却又简洁明了的插图表达复杂的医学知识。另一特点是疾病的诊治尽量用流程图展示,更直观地引导学生掌握关键的核心内容。为了让尚未接触临床工作的大学生更好地理解、掌握书本知识,配有数字课程,包括自测题、本章小结、典型病例、拓展阅读等资源,以培养学生的自主学习和临床思维能力。

本教材分为 32 章。编委由来自全国 20 余所高等医学院校在妇产科学临床医疗及教学方面具有丰富经验的资深专家及优秀教师组成,有两位中国工程院院士:马丁院士、乔杰院士。编委将妇产科前辈们经过反复实践形成的真知灼见以及自己长期积累的丰富临床经验凝聚在本书中,并查阅了大量的国内外最新资料,力求所编写的内容能反映当前妇产科学领域的先进水平。在发病机制方面,既做到“承前”,注重经典学说的阐述,又介绍了国内外相关研究的最新进展;在临床诊断及治疗等基本技能方面突出内容的实用性,强调诊治的规范化、人性化和个体化,突出相关疾病诊治指南的重要性,使诊治更加规范,将最新的指南体现在内容中。

尽管全体编者竭尽全力,但教材的内容和编排难免存在疏漏,敬请使用本教材的师生和妇产科同道们给予指正。

赵霞 马丁

2017 年 12 月

目 录

第1章 绪论	1
--------	---

第2章 妇产科学伦理与医患沟通	4
-----------------	---

第一节 妇产科学伦理原则	4
第二节 医患沟通	5

第3章 女性生殖器官发育与解剖	8
-----------------	---

第一节 女性生殖器官发育	8
第二节 女性生殖器官解剖	10

第4章 女性生殖系统生理	21
--------------	----

第一节 女性各阶段生殖系统生理特点	21
第二节 卵巢周期与卵巢功能	23
第三节 子宫内膜的周期性变化与月经	27
第四节 生殖器其他部位的周期性变化	29
第五节 月经周期的调节	30

第5章 正常妊娠	33
----------	----

第一节 妊娠生理	33
第二节 妊娠诊断	45
第三节 产科病例书写	49
第四节 孕期检查与监护	50

第6章 出生缺陷的预防与筛查	60
----------------	----

第一节 出生缺陷的一级预防	60
第二节 产前筛查	62

第三节 产前诊断	64
第四节 妊娠期用药	65

第7章 正常分娩	66
----------	----

第一节 分娩动因	66
第二节 分娩相关因素	67
第三节 先兆临产与临产	71
第四节 枕先露的分娩机制	72
第五节 正常产程与分娩	75

第8章 异常妊娠	83
----------	----

第一节 流产	83
第二节 异位妊娠	86
第三节 早产	89
第四节 过期妊娠	92
第五节 死胎	93

第9章 产科并发症	96
-----------	----

第一节 妊娠剧吐	96
第二节 妊娠期高血压疾病	98
第三节 妊娠肝内胆汁淤积症	106
第四节 母胎血型不合	108
第五节 胎儿窘迫	110

第10章 胎儿异常与多胎妊娠	113
----------------	-----

第一节 巨大儿	113
第二节 胎儿宫内发育迟缓	116
第三节 胎儿畸形	119
第四节 多胎妊娠	121

第11章 胎儿附属物异常 125

- 第一节 前置胎盘 125
- 第二节 胎盘早剥 128
- 第三节 胎盘植入 131
- 第四节 胎盘形态异常 134
- 第五节 胎膜早破 135
- 第六节 羊水量异常 137
- 第七节 脐带异常 140

第12章 异常分娩 144

- 第一节 概述 144
- 第二节 产力异常 145
- 第三节 产道异常 147
- 第四节 胎位异常 151

第13章 分娩期并发症 160

- 第一节 子宫破裂 160
- 第二节 羊水栓塞 162
- 第三节 产后出血 165

第14章 产褥及产褥期疾病 170

- 第一节 正常产褥 170
- 第二节 产褥感染 173
- 第三节 晚期产后出血 175
- 第四节 产褥期抑郁症 176

第15章 妊娠合并内外科疾病 178

- 第一节 妊娠合并心脏病 178
- 第二节 妊娠合并病毒性肝炎  182
- 第三节 妊娠合并糖尿病 182
- 第四节 妊娠合并呼吸系统疾病  186
- 第五节 妊娠合并甲状腺功能异常 186
- 第六节 妊娠合并血液系统疾病 189
- 第七节 妊娠合并感染性疾病  189
- 第八节 妊娠合并慢性肾小球肾炎  189
- 第九节 妊娠合并自身免疫病  189
- 第十节 妊娠合并急性阑尾炎  189

第十一节 妊娠合并急性胰腺炎 第十二节 妊娠合并急性肠梗阻 第十三节 妊娠合并胆石症、胆囊炎 第十四节 妊娠合并尿路结石

第16章 妇科病史及检查 197

- 第一节 妇科病史 197
- 第二节 体格检查 198
- 第三节 妇科常见症状分析 201

第17章 女性生殖系统炎症 205

- 第一节 外阴及阴道炎症 206
- 第二节 宫颈炎症 213
- 第三节 盆腔炎 215
- 第四节 生殖器结核 219

第18章 性传播疾病 223

- 第一节 淋病 223
- 第二节 梅毒 225
- 第三节 尖锐湿疣 227
- 第四节 生殖道衣原体感染 229
- 第五节 生殖器疱疹 231

第19章 外阴上皮非瘤样病变 234

- 第一节 外阴非特异鳞状上皮细胞增生 234
- 第二节 外阴硬化性苔藓 235
- 第三节 其他外阴皮肤病 236

第20章 生殖道上皮内病变 237

- 第一节 宫颈上皮内病变 237
- 第二节 阴道上皮内病变 240
- 第三节 外阴鳞状上皮内病变 241

第21章 妇科肿瘤 244

- 第一节 外阴肿瘤 244
- 第二节 阴道肿瘤 248

第三节	子宫肌瘤	250
第四节	子宫颈癌	253
第五节	子宫内膜癌	258
第六节	子宫肉瘤	263
第七节	卵巢肿瘤	265
第八节	输卵管肿瘤	275

第 22 章 妊娠滋养细胞疾病 278

第一节	葡萄胎	278
第二节	妊娠滋养细胞肿瘤	282
第三节	特殊组织学类型滋养细胞肿瘤	287

第 23 章 子宫内膜异位症和子宫腺肌病 289

第一节	子宫内膜异位症	289
第二节	子宫腺肌病	295

第 24 章 女性生殖器官及性发育异常 297

第一节	女性性发育异常	297
第二节	外生殖器发育异常	298
第三节	阴道发育异常	299
第四节	子宫颈及子宫发育异常	302
第五节	输卵管发育异常	305
第六节	卵巢发育异常	305

第 25 章 盆底功能障碍及生殖器官损伤疾病 306

第一节	女性盆底组织解剖及功能	306
第二节	盆底功能障碍性疾病	307
第三节	生殖道瘘	313

第 26 章 女性生殖内分泌疾病 316

第一节	女性性早熟	316
-----	-------	-----

第二节	排卵障碍性异常子宫出血	318
第三节	闭经	323
第四节	多囊卵巢综合征	328
第五节	痛经	331
第六节	经前期综合征	332
第七节	绝经综合征	333
第八节	高催乳素血症	336

第 27 章 不孕症与辅助生殖技术 339

第一节	不孕症	339
第二节	辅助生殖技术	342

第 28 章 计划生育 345

第一节	避孕	345
第二节	绝育	352
第三节	避孕失败的补救措施	353
第四节	计划生育措施的选择	356

第 29 章 女性性及性功能障碍 356

第 30 章 妇女保健 356

第 31 章 妇产科常用特殊检查 356

第 32 章 妇产科内镜检查与手术 356

主要参考文献 361

中英文名词对照 362

绪论

妇产科学是临床医学的重要组成部分。内科学、外科学、妇产科学、儿科学构成了临床医学的二级学科。随着医学科学的不断发展,妇产科学已经从简单的“接生”发展成一门研究女性特有的生理及病理的专业学科,内容涵盖妇科学、产科学、计划生育、辅助生殖、遗传咨询与产前诊断等部分。

一、妇产科学的发展简史

公元前数千年,在古埃及、古印度、中国、古巴比伦四大文明古国均已有关于妇女妊娠生理及病理情况的认识和记载。“接生”是原始产科的唯一医疗内容,助产工作由群体中经验丰富的妇女承担,那时人们利用锋利的锐器切断脐带。公元前400年,在医学鼻祖希波克拉底的著述中,已有对月经紊乱、不孕等妇科疾病的详细观察和记录。虽然早在远古,人们即已萌发对女性特有生理及病理的观察和理解,但其认识尚表浅而零星。

直至公元13世纪,人体解剖学的建立迎来了医学科学的曙光,妇产科学也有了飞跃式的发展。15—16世纪,子宫、卵巢和输卵管等结构被解剖和描绘,例如,输卵管的英文名词 Fallopian tube、前庭大腺[亦称巴氏腺 (Bartholin's gland)]都是以该时期相关解剖构造发现者的姓名命名。16世纪,随着对女性生殖系统解剖的了解,妇科手术操作也开始发展,并发明了妇科手术器械和窥阴器,但该时期尚无麻醉和外科无菌技术,外科手术进展受到严重限制。17世纪,法国彼特·钱伯伦家族发明了产钳(chamberlen forceps),革命性地改变了人们对助产的认识。18世纪,苏格兰威廉姆医生最早描述了分娩机制和臀位助产技术。19世纪,美国霍姆斯医生总结产褥热是由医生的手带菌给产妇的,由此开始倡导无菌接生,成功降低了产妇的死亡率,这也是外科无菌术的重要开端。

我国妇产科学在清代以前由于传统思想及封建制度的限制,导致其发展十分缓慢,直至西方医学在18世纪初期传入我国。20世纪以来,全世界医学科学迅猛发展,妇产科学发展成为现代重要的医学学科。

二、现代妇产科学的内容

现代妇产科学包括产科学、妇科学、计划生育、辅助生殖、遗传咨询与产前诊断等内容。

产科学(obstetrics)研究妊娠相关的生理和病理,分为妊娠、分娩和产褥三个时期。其内容包括生理产科学(妊娠生理、正常分娩及产褥生理)、病理产科学(病理妊娠、妊娠并发症、异常分娩及异常产褥等)、围生医学(对孕妇及胎儿的监护、疾病预防及治疗)及新生儿学(出生后喂养、护理及病理处理)四大部分。

妇科学(gynecology)研究非孕女性生殖系统生理及病理,包括女性生理及女性内分泌,女性生殖器创伤、感染、肿瘤、畸形,女性泌尿及盆底功能障碍,子宫内膜异位症及其他一些特有疾病。

计划生育(family planning)研究女性生育的调控,包括生育时期的选择、妊娠的预防以及非意愿妊娠的处理等。

辅助生殖技术(assisted reproductive technology)是研究医疗辅助手段使不孕不育夫妇妊娠的技术,包括人工授精和体外受精-胚胎移植及其衍生技术。

遗传咨询(genetic counseling)联合人类基因组技术和人类遗传学知识,为患者开展遗传咨询、基因诊断、遗传病治疗等相关医学服务。产前诊断(prenatal diagnosis)在胎儿出生前应用各种检测技术(影像学、生物化学、遗传学技术等),了解在宫内的胎儿有无明显的结构畸形、染色体病或基因病等,为出生缺陷的防治创造条件。

妇产科相关疾病的发生具有共同的基础,相互影响。例如,月经紊乱、生殖系统感染、肿瘤等妇科疾病会导致不孕、流产或异常分娩。产科分娩可能并发子宫脱垂、阴道壁膨出等妇科疾病。因此,妇产科学是一门既具有较强独立性又涉及面广泛的综合性学科。

三、现代妇产科学的重大发展

20世纪,随着医学科学的深入研究及发展、新技术的发明及应用,妇产科学与其他医学学科一样得到极大的提升。

第一,产科新理念的形成及围生医学的发展,显著降低了围生期母婴死亡率。早期产科学体系主要以母亲为中心。随着围生医学的兴起以及胎儿监护技术的推广,“母婴统一管理”的理论打破了传统体系。围生医学研究母婴双方的生理及病理,重在围生期的保健和预防,提高产科质量。遗传咨询、产前诊断以及胎儿医学等技术的发展在实现优生优育的道路上发挥了至关重要的作用。例如,超声监测、无创产前筛查、胎儿镜等技术可以在早期发现某些先天性疾病,遗传咨询工作可以指导有遗传性疾病家族的生育计划,对提高人口素质有重大意义。

第二,腹腔镜、宫腔镜、机器人手术的开展为外科手术微创理念的践行提供了必要的条件。1989年,德国赖希医师进行了第一例腹腔镜下子宫切除,时至今日,各种复杂的妇科手术已能够在腹腔镜下进行,如盆腔及腹主动脉旁淋巴结切除术、广泛性子官切除术、骶骨悬吊术等,有术中出血少、术后恢复快等优势。同时,宫腔镜、阴道镜等内镜技术成为子宫内膜病变、宫颈阴道病变等妇科疾病的重要诊治手段。20世纪80年代,机器人技术应用于外科手术,其实质是用机械臂代替手术助手。其中达·芬奇机器人是目前应用最广泛的机器人。20世纪90年代末,机器人手术逐渐应用于全子宫切除术、子宫肌瘤剔除术、输卵管再通术及盆底手术等妇科良性疾病手术,近年来其应用已拓展到宫颈癌根治、子宫内膜癌或卵巢癌等恶性肿瘤手术,为手术的精细化拓展了广阔的前景。

第三,医学基础研究的突破将妇科肿瘤学和生殖内分泌学从器官水平的诊治提升到分子水平,乃至基因水平。在基础研究快速发展的推动下,妇科肿瘤学建立了肿瘤发生发展与女性激素、病毒、癌基因以及细胞因子之间的关系等关键性基础理论。生殖内分泌学明确了神经与内分泌相互调控的作用机制(大脑皮质-下丘脑-垂体-性腺-靶器官)。如上述的医学基础研究的创造性成就促进妇科肿瘤学及生殖内分泌学发展成为妇产科学的专业分支学科。20世纪末,德国豪森提出人乳头瘤病毒(HPV)与宫颈癌发病的因果理论,并获得诺贝尔医学奖。此后,HPV检查发展为宫颈癌筛查的要素之一。目前,HPV疫苗已经在包括中国在内的众多国家批准应用。21世纪,妇科肿瘤学进入基因水平的精准医学。这些重大的突破,可能使宫颈癌成为人类第一个通过预防而消灭的恶性肿瘤,是妇产科学以及肿瘤学发展的重要里程碑。

第四,助孕技术的发展为生殖医学带来生机。20世纪末,从人工授精到体外受精-胚胎移植(试管婴儿),再到单精子卵胞质内注射,生殖生理研究及助孕技术进入发展高峰。1978年,全球首例试管婴儿于英国诞生,标志着生命医学和生殖领域的巨大变革。1988年,中国首例试管婴儿成功,是国内生殖医学的重要成果。1992年,全球首例单精子卵胞质内注射婴儿诞生,4年后中国此项技术也首次获得成功,国内生殖医学的水平与国际的差距也越来越小。试管婴儿的诞生,不仅完善了计划生育的遗留内容,还为基因治疗、着床前遗传学诊断、出生缺陷的孕前预防等技术打下了良好的基础。

第五,妇女保健、妇女身心健康成为现代医疗水平的评价标准之一。妇女保健学研究各个时期女性

的生理、心理、病理、适应社会能力的保健要求,如女童及青春期女性保健、围婚期保健、围生期保健、节育保健、围绝经期保健、妇女职业保健和劳动保护、常见妇科病防治等。其工作内容包括发现影响妇女健康的各种高危因素,提供危害妇女健康的常见病预防措施,以及研究提高妇女身心健康水平的对策等。妇女保健的倡导是现代人文社会、人文科学的重要标志。

第六,计划生育工作的内容变化顺应国内及国际人口发展趋势。计划生育的提倡顺应着世界人口迅速增加、地球资源负担加重的严峻形势。国际范围内,印度、越南、新加坡等多个国家有计划生育政策。1972年,世界卫生组织成立“人类生殖特别处理规划处”,专项负责组织国际范围内的人类生殖及计划生育工作。20世纪,新的节育技术不断发展,如短效及长效口服避孕药、皮下埋植缓释甾体激素、绝育手术等,使非意愿妊娠率明显降低。

医学是一个不断发展、不断创新的广阔知识领域。医学自身的发展或相关领域的发展都可能带来诊疗技术水平的提高或突破。如分子生物学的发展,建立了基因工程、蛋白质工程,促进医学领域生产新的高敏感性、高特异性诊断性试剂和治疗性药物,帮助攻克过去难以诊治的疾病。内镜技术的发展,开辟了微创外科的新领域。然而,在医学领域仍有众多疾病的发生机制依旧未知,其治疗尚待改善。作为一名医师,必须不断学习新知识,让自身与医学科学知识的发展同步,更应具备钻研、探索精神去研究疾病诊治的新方案、新技术、新药物,才能为医疗事业的发展做出更大的贡献。

(王 乔 赵 霞)

网上更多……



自测题



本章小结



典型病例



拓展阅读

妇产科医学伦理与医患沟通

妇产科学是服务于女性患者的一门综合而又特殊的学科,疾病诊治范围涉及生殖器官、生育、婚姻、家庭等隐私而敏感的内容。因而,妇产科的临床工作中渗透着各种医学伦理问题,更有着不同于其他学科的伦理及医德要求,并且,良好的医患关系对保证伦理原则的实施有重要影响。因此,医德与医患关系时刻影响着医生的判断与决策,其对妇产科医生的重要性绝不亚于医学专业知识与技术。

▶▶▶ 第一节 妇产科医学伦理原则 ◀◀◀

一、遵守医学伦理基本原则

伦理是一门研究道德的学问,各行各业都必须有其道德要求。医生以挽救生命、维系健康为宗旨,其职业道德与人的生命直接相关,是一种最高的道德要求。随着社会的发展,在新的医学模式下,医生的责任早已不仅仅是诊治疾病,更是要使患者在精神上解除痛苦,帮助患者继续发挥其在社会和家庭中的作用。与妇产科临床工作关系最为密切的医学伦理基本原则包括:知情同意原则、无伤害原则、有利原则和保密原则。

(一) 知情同意原则

知情同意原则是治疗过程中尊重患者自主权益的充分体现。医患互相尊重是构建良好医患关系的重要基础。在所有医疗活动中,医生要以尊重患者及家属的自主性和决定权为首要原则,应该尊重并维护患者的知情同意权和自主性,保证患者能够自己做主、理性地选择诊治方案。例如,宫颈癌患者可选择手术治疗或同步放射化学治疗,医生需要向患者详细解释病情,并结合患者的病情程度、年龄、生育要求、经济状况等因素提出最优于患者利益的建议,让患者自主选择治疗方案。真正意义的知情同意原则,并不是单纯的医生告知病情和患者选择同意。真正的知情同意,需要医生基于其专业知识和经验,从患者利益最优的原则出发,向患者提供完整、真实的医学信息,并由具有认知和决策能力的患者或授权委托人在无外界不正当影响的情况下做出合理、自愿的选择。

妇产科临床工作中实现知情同意原则时,必须处理好患者自主性与医生医疗做主之间的关系。当患者可能做出不理智决定的时候,医生的职责是通过充分告知,确保患者是在知情、理智的状态下做出自主决定,但绝不是代替患者决定。另一方面,当遇到特殊情况时,医疗干涉又是必需的,例如,前置胎盘伴出血的孕妇发生失血性休克而意识模糊,无授权亲属在场,当患者的生命权和知情同意原则发生冲突时,医生应将生命权放在首位,立即抢救。医生遵守知情同意权、尊重患者自主权,但不意味着弱化救死扶伤的道德责任。

(二) 无伤害原则

避免患者受到不应有的伤害是医疗活动的底线原则。临床上可能对患者造成伤害的情况有:医务人员的知识和技能低下,施行不必要的检查或治疗,医务人员的行为疏忽,拒绝对某些患者提供医疗照护活动等。对以上情况,医务人员负有道德责任,应该避免发生。此外,临床诊治手段都具有双重效应,在达到预期诊治目的的同时,不可避免地也会带来一些负面效应,不可能达到绝对无伤害。不伤害原则的意义并不在于要求绝对消除医疗伤害,而在于强调医生需培养为患者高度负责、保护患者安全的理念,努力避免不应有的伤害,尽量减少不得已的医疗损伤。曾有这样一例病案讨论:一位15岁女童,智力低下仅相当于1岁水平,到青春期后每次经期重度痛经,且生活完全无法自理,更无法应付月经,父母想解除孩子经期痛苦,也想保护她以后不会因意外怀孕,于是到医院请求进行子宫切除术。在此案例中,尽管家属切除子宫的决策能为患者减轻痛苦和麻烦,但是对患者的身心都会造成更为严重的伤害,违背了不伤害原则,是不符合医疗伦理要求的。繁忙的妇产科临床工作中,医务工作者应时刻提醒自己尽力做到:强化以患者为中心的意识,不给患者造成本可避免的身心或经济上的损失;个体化处理不同的临床问题,充分评估风险与受益,选择最佳诊治方案,并在实施中尽最大努力,把不可避免但可控的伤害控制在最低限度之内。

(三) 有利原则

医乃仁术,以“善”为先,有利原则是医学伦理学中的行善原则。把有利于患者健康放在第一位是医者的天职。有利原则应该具体包括:预防疾病和损伤,促进和维持健康。解除由疾病引起的疼痛和不幸,治愈有病的人,照料不能治愈的人,追求安详死亡。进行医疗决策时,医生需要根据具体情况权衡无伤害原则与有利原则,当医疗决策给患者可能带来的利益大于伤害,且决策的目的是指向利益而非伤害时,那么有利原则就应该优先于无伤害原则而起主要调节作用。例如,一名孕妇患有危及性命的严重合并症,并不适宜继续妊娠时,从孕妇的健康性命出发,适时终止妊娠对患者而言是利大于弊,此类情况下,在尊重患者自主意愿的前提下,有利原则应优先于不伤害原则。

(四) 保密原则

尊重并保护患者隐私是基本的医学伦理要求。在医疗过程中,患者有权利要求医务人员为其信息进行保密。妇产科服务对象是女性群体,所研究疾病涉及女性生殖器官,是最为私密的部位。因此,在妇产科临床工作中,保密原则尤为重要,保护患者隐私是建立良好医患关系、保障医疗活动顺利进行的基础。另一方面,在特殊情况下,保密原则与知情同意原则可能出现冲突,例如,恶性肿瘤患者的家属要求医生向患者本人隐瞒真实病情,性传播疾病患者要求医生向其配偶保密,面对以上情况,医生需要结合知情同意原则、无伤害原则、有利原则综合判断做出处理。

二、依法执业,规范行医

法律法规是在伦理之上的更高级别的要求。国家在医疗行业制定了一系列的法律法规,如《执业医师法》、《母婴保健法》、《医疗事故处理条例》等。法律赋予了患者生命健康权、身体权、平等的医疗权、疾病认知权、知情同意权、保护隐私权、诉讼求偿权等诸多权利。在医学生成长为医生前,必须通过执业准入的考核。在执业过程当中,医生应自觉依法实践医疗活动,用法律约束规范医疗行为,明确医患双方的权利与义务。因此,医务人员在培养精湛技术、高尚医德的同时,必须依法执业,规范行医,才能真正保障患者的权益不受损害,并维护自身利益、实现自我保护。

▶▶▶ 第二节 医患沟通 ◀◀◀

一、医患沟通的意义

医疗过程是以专业知识和技术为主的服务,其服务对象是人的身体和心理,必须由医生和患者共同

参与完成。医患沟通渗透于从采集病史到诊断疾病,再到治疗和随访的整个医疗过程中,并具有重要意义。一方面,医生通过与患者沟通,将患者的症状与体格检查、辅助检查结果相结合,以明确诊断,并将病情分析及治疗手段告知患者,以选择处理方案,最后通过与患者沟通交流,以观察疗效、随访预后。这种信息的传输和反馈循环始终贯穿于整个医疗活动,医患沟通不可或缺。

另一方面,医患沟通体现了医疗活动中的人文精神,有助于医患关系的和谐发展。当今很多医疗纠纷并非医疗技术不合格引起,而是由于缺乏充分的知情同意及医患沟通。由于信息交流不到位,导致患者对于自身疾病的认识并不充分,对医务人员所做医疗决策并不能理解和信任。加强医患沟通交流,对于医生而言能够更好地了解患者的需求,从而让患者能够选择最优的诊治。

二、医患沟通的内容

医生与患者间的沟通不仅是就诊疗信息进行交流,还包括价值观、伦理观、经济利益、情感愿望等,并通过言语、动作及环境等多种途径进行传递。患者在就医时医方需提供医生的姓名、年龄、职称、擅长疾病,患者有权选择适合自己的医生为自己进行服务。同时,医生在接诊患者时也需要患者提供生活、职业相关信息,甚至涉及患者的隐私。

医患沟通最核心的内容即为知情同意书,其内容包括医方的告知,以及患方的知情同意。1964年,世界医学大会提出了“知情与同意”这一概念,主张患者享有知情权利,呼吁医生对患者的病情及采取的医疗手段进行说明。因医患双方在医学信息方面不对称,患者虽然享有自主决定权,但是仍然无法准确地判断和选择。经过“知情同意”后,可使患者在充分了解利弊后行使自主决定权,以取得最优的医疗效果。

我国《医疗机构管理条例》规定,医疗机构在实施手术、特殊检查或治疗时,必须征得患者同意,并应当取得其家属或者授权委托人同意并签字。在医疗活动中,医务人员应当将病情、措施以及风险如实告知患者及授权亲属,医患沟通的内容包括:①告知疾病的诊断及病情发展;②告知所需要的辅助检查及其目的;③告知可选择的治疗方案及各治疗方案的优劣;④告知疾病治疗的风险及预后;⑤告知治疗过程中方案的调整;⑥告知治疗效果。只有在医患充分沟通的基础上,患者的知情同意权才得以实现,医生的医疗行为才具有合法性。

三、医患沟通的技巧

(一) 语言沟通技巧

希波克拉底曾说:语言、药物和手术刀,是医生的三大法宝。作为妇产科医生,三大法宝都应具备,且语言的重要性应排在首位。妇产科患者都是女性,不管是妇科患者还是孕产妇,很容易产生紧张或焦虑的情绪,医生在沟通时需要耐心倾听、关注并及时回答问题,交流时应语气沉稳、语调低柔、用语通俗、态度和善,要尽量运用鼓励和积极的语言,在语言中让患者感受到医务人员对其的尊重及关切,为和谐的医患关系奠定良好的基石。

(二) 非语言沟通技巧

首先,作为医务人员,应做到仪态整洁大方、举止文明、行为规范,才能获得患者的第一步信任。其次,沟通前要掌握患者的病情以及社会心理情况,交流过程中随时评估患者的反应和理解程度,才能保证沟通内容的真实性和完整性,实现有效率、有目的的沟通。最后,沟通的时机和环境也非常重要,选择安静的环境,预留充分的交流时间,医务人员要给予充分的耐心,保持头脑冷静,才能帮助患者树立治疗疾病的信心,甚至可能提高治疗效果。

现代社会中,要做一名称职的医生,仅仅“救死扶伤”已远远不够。如何运用好医学伦理学知识处理临床工作与责任之间的关系,如何恰到好处地医患沟通等综合能力已经发展成为现代医护人员所必备的基本技能,这既是一门技术,也是一种艺术,在医疗过程中发挥着至关重要的作用。这其中所需要的素质、

涵养和道德水平需要医务工作者用整个职业生涯去追求和培养。

(王 乔 赵 霞)

网上更多……



自测题



本章小结



典型病例



拓展阅读

女性生殖器官发育与解剖

女性生殖系统的发育是分阶段、多起源的,其过程较为复杂,对畸形的形成、疾病的发生发展影响较大。

▶▶▶ 第一节 女性生殖器官发育 ◀◀◀

女性生殖器官即卵巢、生殖管道和外生殖器的发育分为两个阶段:性未分化阶段和分化阶段。决定卵巢分化的是性染色体,而决定生殖管道和外生殖器分化的则是性激素。

一、性未分化阶段(胚胎 6~7 周前)

胚胎的遗传性别取决于受精时与卵子结合的精子种类。胚胎 6~7 周前,男女胚胎具有相同的未分化性腺及内外生殖器,此期称为性未分化期。

(一) 原始性腺形成

人胚胎从第 4 周起,在靠近尿囊基部的卵黄囊(yolk sac)内胚层内出现许多个大的原始生殖细胞(primordial germ cell),原始生殖细胞诱导中肾和体腔上皮邻近的间胚叶细胞增殖,形成一对纵行隆起,称为生殖嵴(genital ridge),生殖嵴表面覆盖一层柱状体腔上皮,称为生发上皮。胚胎第 6 周时,生发上皮内陷并增生形成条索状垂直伸入生殖嵴的间胚叶组织,形成性索。部分性索细胞包围着每个原始生殖细胞。原始生殖细胞与原始性索细胞及周围的间胚叶组织形成未分化性腺,它的结构可分为皮质(cortex)和髓质(medulla)。此时不论胚胎的性染色体是 XX 型还是 XY 型,性腺的结构均是如此。因此将这时期的性腺称为原始性腺。

(二) 内生殖器始基形成

约在人胚胎第 6 周,男女两性胚胎同时含有中肾管和副中肾管两种内生殖器官的始基,均发生于生殖嵴外侧的中肾嵴。其中起源于原肾(pronephros 或 first kidney)的中肾管(mesonephric duct 或 Wolffian duct)末端开口于原始泄殖腔(primitive cloaca),为男性生殖管道的始基。在中肾管形成的同时,其外侧体腔上皮向外壁中胚叶凹陷形成沟,形成中肾旁管[(paramesonephric duct),又称米勒管(Müllerian duct)],即为女性生殖管道的始基。中肾旁管头部呈漏斗形开口于体腔,以后形成输卵管伞端;尾端是盲端,向下行并向内跨过中肾管,在中线处两侧中肾旁管融合为女性内生殖器始基(图 3-1)。

(三) 雏形外生殖器形成

约在胚胎第 5 周时,原始泄殖腔两侧组织成褶,并在中线上部融合,形成生殖结节(genital tubercle)。尿直肠隔(urorectal septum)将原始泄殖腔褶分隔成前后两部分:前方为尿生殖褶(urogenital fold),后方为肛门褶(anal fold)。尿生殖褶两侧再生一对隆起,称阴唇-阴囊隆突(labio-scrotal swelling)。尿生殖褶之

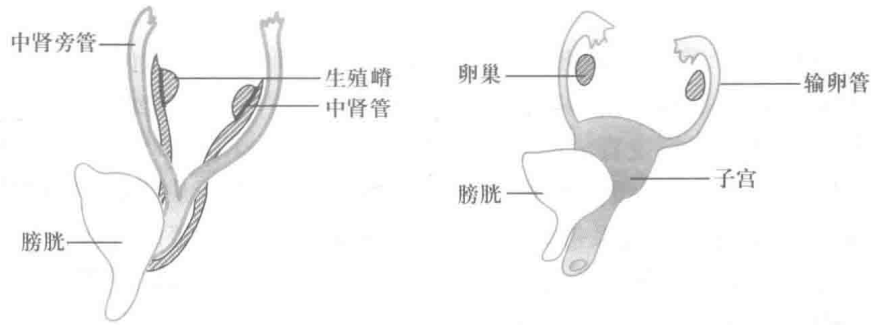


图 3-1 女性内生殖器发育

间形成凹陷,为尿道沟,沟底为尿生殖膜覆盖,胚胎第7周时,尿生殖膜破裂。人胚9周前,外生殖器不能分辨性别。

二、性分化阶段

直到胚胎第12周,临床上才可以明显区分性别。性分化决定于睾丸决定因子和雄激素。

(一) 性腺分化

原始性腺具有向睾丸或卵巢双向分化的潜能。胚胎第6周后,原始性腺开始分化。当胚胎染色体为XY时,Y染色体短臂1A1A区有个Y基因决定区(sex determining region Y gene, SRY)。SRY编码的一种蛋白质(可能是睾丸决定因子, testis-determining factor, TDF)通过其相应的受体,使性腺皮质退化,促进性索细胞转化为生精小管的支持细胞(Sertoli cell),使间胚叶细胞衍变为间质细胞(Leydig cell),即睾丸形成。

当胚胎染色体为XX时,约在胚胎第12周原始性腺发育,原始生殖细胞逐级分化为卵原细胞(oogonium)、初级卵母细胞(primary oocyte)。源自体腔上皮的性索皮质的扁平细胞发展为颗粒细胞(granule cell),与源自间质的卵泡膜细胞围绕卵母细胞构成原始卵泡(primitive follicle),卵巢形成。此后,卵巢沿生殖嵴逐渐下降,到达盆腔内的特定位置。到胎儿20周时其数目达最高峰,两侧卵巢内总计达600万个。此后,卵原细胞不再分裂且大量退化,只有部分长大,分化为初级卵母细胞。出生时,卵巢内的卵原细胞全部消失,留下的均是初级卵母细胞,达70万~200万,细胞均进入第1次减数分裂并停止在分裂前期,直到青春期后排卵前才完成第1次减数分裂。初级卵母细胞不是干细胞,不能自我复制,因此出生后卵巢内的初级卵母细胞不再增多,而是陆续退化闭锁,至青春期末仅剩余4万个左右。

(二) 内生殖器衍变

约在胚胎第8周时,衍化为睾丸的支持细胞分泌一种糖蛋白,称为米勒抑制因子(Müllerian inhibiting factor, MIF),可使中肾旁管退化。同时作为一种信号,MIF启动睾丸间质细胞分泌睾酮。睾酮作用于中肾管,使其分化成输精管(deferent duct)、射精管(ejaculatory duct)、附睾(epididymis)以及精囊(seminal vesicle)。

约在胚胎第9周,若无MIF,中肾旁管不退化。双侧中肾旁管上段形成输卵管;下段融合,其间的纵行间隔消失,形成子宫阴道管,并衬以柱状上皮。与泌尿生殖窦(urogenital sinus)相连部位的子宫阴道管腔内充满上皮细胞,其部分来自泌尿生殖窦。混合的上皮细胞团突入泌尿生殖窦,成为窦结节[(sinus tubercle),又称米勒结节(Müllerian tubercle)]。泌尿生殖窦上端细胞增殖,形成实质性的窦阴道球(sinovaginal bulb),并进一步增殖形成阴道板(vaginal plate)。阴道板逐渐扩展,增大了子宫和泌尿生殖窦之间的距离。同时,阴道板将泌尿生殖窦分为两部分:上部形成膀胱与尿道,下部分化成真正的尿生殖窦和阴道前庭。自胚胎第11周起,阴道板中心部分细胞退化,发生腔化,形成阴道。

缺少MIF,中肾管退化。约1/4的女性留有中肾管的残痕,如发生在卵巢系膜(mesovarium)的卵巢冠(epoophoron)、卵巢旁冠(paraphoron)以及子宫旁和阴道侧壁的中肾管囊肿(Gartner cyst)。